

十二指肠单发性充盈缺损的 X 线诊断

杨其根 (浙江嘉兴市第一医院)

吴景凯 (浙江嘉兴市第二医院)

韩正海 (浙江湖州市练市医院)

十二指肠单发性充盈缺损较少见,但可由多种原因引起,多数病例缺乏典型症状,临床诊断困难。钡餐造影是发现充盈缺损的主要方法,亦是术前诊断的主要手段之一。本文将 20 例钡餐造影、手术及病理证实的十二指肠单发性充盈缺损作一分析报道。

一般资料

部位与病因:20 例单发性充盈缺损中位于球部 12 例,降部 5 例,水平部 3 例。病因为腺瘤 12 例,腺癌 3 例,囊肿 1 例,结石 2 例,异位胰腺 2 例。性别与年龄:男 11 例,女 9 例。年龄为 14~67 岁,以 50~59 岁者多见占 60%,病程从 2 月~8 年不等。根据疾病的不同而异。主要症状为上腹不适、疼痛,消化道出血,呕吐及发热。检查均有不同程度的上腹部压痛,其中 3 例扪及肿物,分别为腺瘤、腺癌及结石。

X 线表现

20 例行经传统法钡餐造影,其中 4 例同时作低张十二指肠造影。其 X 线征象归纳如下:①充盈缺损位于球部 12 例,降部 5 例,水平部 3 例。大小在 1~9.5cm 不等(图 1),其中 1~1.9cm 者 13 例,2~2.9cm 者 3 例,3~3.9cm 者 1 例,4cm 以上者 3 例;

②充盈缺损呈圆形 5 例,椭圆形 15 例,边缘光滑 5 例,小波浪状 3 例,不规则 12 例;③充盈缺损位置可移动 11 例;④充盈缺损区周围粘膜变平 5 例,破坏、中断 2 例;⑤肠腔改变 12 例,其中球部变形 5 例,肠腔变窄 4 例(图 2),并肠壁僵硬 2 例,并肠梗阻 3 例(图 3)。

讨论

一、腺瘤的发病机制尚未肯定,有人认为是因为胃酸过多或慢性炎症引起的反应性增殖所致。本病发生于十二指肠少见,但在十二指肠良性肿瘤中并不少见,Begoeh 等介绍腺瘤在十二指肠良性肿瘤中约占 50%,以球部为多见,因息肉样腺瘤和 Branmer 氏腺瘤多发于距幽门 4cm 内,即大部分发生于球部,本组中 12 例也都发生了球部。本病多见于中年或青少年的男性患者,本组 12 例中 40~49 岁者占 8 例,男女分别为 8 及 4 例。本组病例临床症状均为上腹不适、疼痛,其中 4 例伴上消化道出血,3 例呕吐,1 例扪及鸡蛋大肿物。X 线表现:①充盈缺损位于十二指肠球部 11 例,1 例(因肿瘤巨大)充盈缺损伸入降部,球内仅见一条透亮影(图 1);②充盈缺损呈圆形 2 例,椭圆形 10 例,边缘光滑 2 例,小波浪状 3 例,不规则 7 例;③充盈缺损位置可移

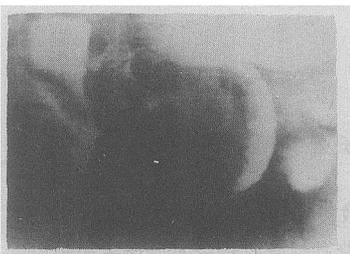


图 1 十二指肠降部—9.5×6cm 充盈缺损,边缘呈波浪状,周围粘膜变平,球内见一条状透亮影

图 2 十二指肠降部—椭圆形边缘不规则缺损,局部粘膜破坏、中断,肠腔狭窄,管壁僵硬

图 3 十二指肠水平部—椭圆形缺损伴肠梗阻

动 10 例,因腺瘤大多有蒂,所在加压检查中常可见位置上下有移动;④充盈缺损区内有斑点状钡影 8 例,此征象表示为瘤体表面有小溃疡形成所致;⑤充盈缺损区周围粘膜变平 4 例,较大的肿瘤常使周围粘膜受挤压而变平;⑥肠腔改变 6 例,其中球部变形 5 例,降部部分性梗阻 1 例;⑦2 例在低张十二指肠造影中,1 例则表现为类似环形钡影。腺瘤一般无恶变,但大于 2~4cm 者有恶变趋势,有人报道约 2.4% 的病例发生癌变及转移,本组 12 例中 5 例瘤体在 2cm 以上,则无 1 例恶变及转移。本病的诊断不难,本组 11/12 术前得到确诊,但尚需与囊肿、结石等疾病鉴别。

二、腺癌(原发性)的病因尚不清楚,被人认为良性息肉有较密切关系,Spina 统计十二指肠绒毛状息肉中有 1/4 为恶性,溃疡恶变亦有报道,本病较为罕见,在全胃肠道恶性肿瘤中约占 0.35%,在小肠癌中占 33~48%。本病以老年男性多见,本组 3 例中男女分别为 1 及 2 例,年龄均在 55 岁以上。本病早期可无或轻微症状,本组 3 例为上腹痛,其中 1 例伴消化道出血,呕吐,并扪及肿物。X 线表现:①肠腔内一椭圆形边缘不规则充盈缺损,位于降部 1 例,水平部 2 例;②局部粘膜破坏、中断,消失;③肠壁僵硬,肠腔狭窄 2 例(图 2);④并发部分性肠梗阻 1 例。本病诊断,本组 3 例术前均得到确诊。本病尚需与腔内型的平滑肌瘤鉴别。

三、囊肿多数由慢性炎症引起上皮腺管开口阻塞。使腺体分泌潴留于腺腔,形成腺体潴留性囊肿,另外,与腺体分泌亢进也有一定的关系。本病常为多发,也可单发,其大小从数毫米至数厘米不等,以儿童多见,本组 1 例单发为老年女性患者。本病常无症状,但本例表现为上腹痛,伴上消化道出血,可能与合并慢性炎症有关。其 X 线表现常缺乏特征性,本例表现为球部一圆形充盈缺损,边缘光滑锐利,但稍模糊,加压检查可见形态有改变,周围粘膜变平。本病术前诊断较困难,本例术前误诊为腺瘤,其原因是对病缺乏认识,本病应与其它良性肿瘤鉴别。

四、肠石多由胃内排出或通过胆十二指肠肠痿而形成,本病发生于十二指肠较为罕见。但以有胆石史的老年女性好发,临床常为机械性肠梗阻症状和体征,本组 2 例为 60 岁以上女性患者,表现为上腹痛、呕吐、发热,其中 1 例有胆石史,体检扪及“肿物”。X 线表现:①肠腔内一椭圆形边缘不规则的充盈缺损,位于球部及水平部各 1 例;②充盈缺损位置可移动 1 例,当结石小时可随蠕动或手法加压而移动,本例手术发现结石已在胃内;③胆十二指肠肠痿 1 例,常在仰卧位检查时易发现,④并发肠梗阻 1 例(图 3),当结石大于 3~5cm 者可致肠梗阻。但诊断不难,本组 2 例术前均确诊。本病尚需与腺瘤鉴别。

五、异位胰腺是胰腺正常解剖部位以外出现的胰腺,系先天性异常。本病好发于胃、十二指肠和空肠,本组 2 例发生于十二指肠降部。本病多见于 40 岁以下者,临床常无症状,常因其它疾病行钡餐、手术或尸检时偶然发现,本组 2 例为 14 及 20 岁的男性患者,为轻度上腹痛行钡餐造影而发现。本病的特征性表现为“脐凹征”及“导管征”,但因发生部位不同,而 X 线表现亦有异,位于十二指肠者常无“脐凹征”及“导管征”的特征,本组 2 例均未见此特征。表现为降部一圆形边缘光滑充盈缺损,局限性肠腔偏心性狭窄,1 例并发肠壁龛影。本病术前诊断困难,本组 2 例术前均误诊为良性肿瘤,本病应与良性肿瘤鉴别。但最后仍然依靠病理学来确诊。

参 考 文 献

- 王竞武,十二指肠外科,人民卫生出版社,1982; 182.
- Spira IA et al: Primary adenocarcinoma of, the duodenum, *Cancer* 1977; 39 (4): 1721.
- 何钧,等,十二指肠球部充盈缺损 X 线诊断(附二例报告),*临床放射学杂志*,1988; 7 (4): 180.
- 陈祖培,等,胆石性肠梗阻 X 线诊断探讨,*临床肝胆病杂志*,1990; 6 (3): 152.
- 胡文极,等,异位胰腺(附 14 例分析),*临床放射学杂志*,1990; 9 (2): 79.

重 要 通 知

本部已变更新的通讯地址,凡投稿及订阅杂志者请寄往新址。但本刊银行开户行,帐号不变。

新 址 为:北京市 2712 信箱图书馆 邮政编号:100080

《中国医学影像技术》编辑部